

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 10

D'UNE MÉTHODE
D'ANESTHÉSIE ET D'ACCÉLÉRATION
DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

MÉTHODE DU DOCTEUR ANDRÉ DELALANDE

(Chloro-kélène et lobe postérieur d'hypophyse)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 9 novembre 1938

PAR

Jacques-Julien-Eugène DELALANDE

Elève du Service de Santé de la Marine

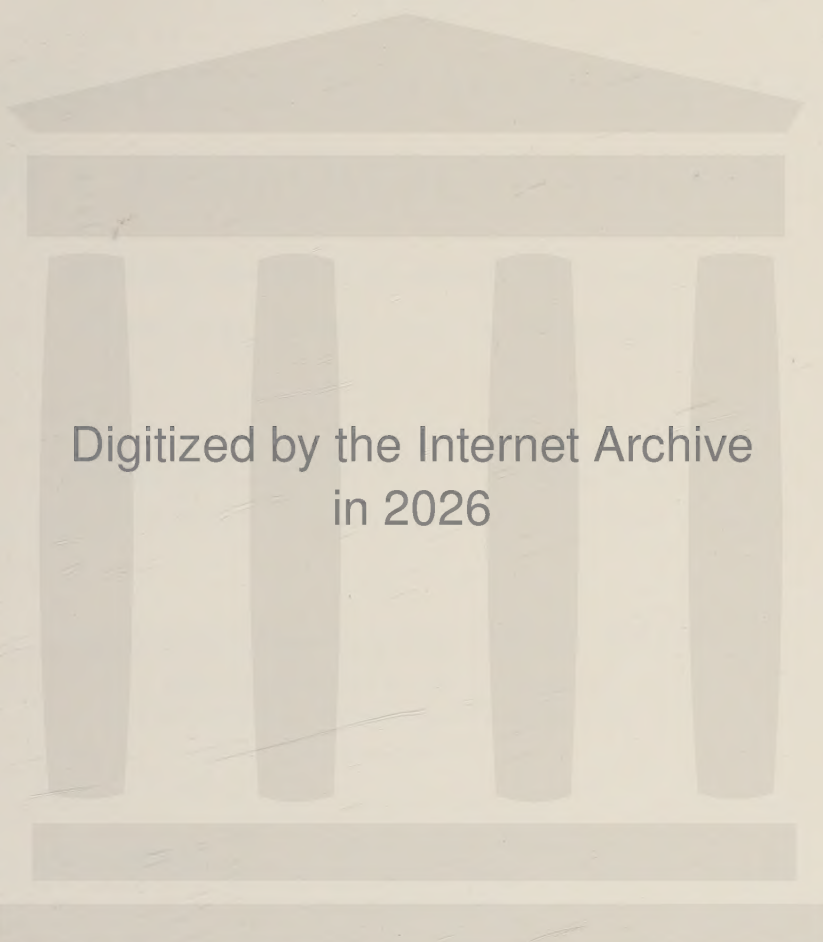
né à Lambezellec (Finistère), le 26 décembre 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. J. PÉRY, professeur	<i>Président.</i>
		ANDERODIAS, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548612_0068

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 10

D'UNE MÉTHODE
D'ANESTHÉSIE ET D'ACCÉLÉRATION
DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

MÉTHODE DU DOCTEUR ANDRÉ DELALANDE
(Chloro-kélène et lobe postérieur d'hypophyse)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 9 novembre 1938

PAR

Jacques-Julien-Eugène DELALANDE

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Lambazellec (Finistère), le 26 décembre 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. J. PÉRY, professeur	<i>Président.</i>
		ANDERODIAS, professeur	} <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale (MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale in- fantile et orthopédie ... ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique..... GUYOT.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants CRUCHET.
Clinique chirurgicale PAPIN.	Chimie, biologique et mé- dicale MACHEBŒUF.
Pathologie et thérapeuti- que générales..... CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements, Anatomie pathologique et microscopie clinique ... ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clini- que des maladies exoti- ques BONNIN.
Anatomie DAMADE.	Clinique des maladies cu- tanées et syphilitiques ... PETGES.
Anatomie générale et his- tologie..... VILLEMEN.	Clin. des mal. des voies urinaires DUVERGEY.
Hygiène..... G. DUBREUIL.	Clinique des maladies ner- veuses et mentales ABADIE.
Médecine légale et déon- tologie..... LEURET.	Clinique d'oto-rhino-lar- yngologie PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale .. RECHOU.	Toxicologie et hygiène ap- pliquée..... LABAT.
Chimie CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie CREYX.
Botanique et matière mé- dicale GOLSE.	Clinique odonto-stomato- logique DUBECQ.
Pharmacie..... VITTE.	
Zoologie et parasitologie.. MANDOUL.	
Médecine expérimentale .. AUBERTIN.	
Clinique ophtalmologique. TEULIERES.	
Physiologie FABRE.	

LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	N.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie	N.		MASSE.
			DARGET.
			N.
	PIECHAUD.	Obstétrique.....	RIVIERE.
	DELMAS-MARSALET.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
	DE GRAILLY.	Oto-Rhino-Laryngologie..	DESPONS.
	FONTAN.	Dermatologie et syphili-	
	BROUSTET.	graphie	JOULIA.
	DERVILLEE.	Physique médicale.....	N.
	N.	Chimie générale pharma-	
		ceutique et toxicologie..	N.

Médecine générale.....	
------------------------	--

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Anatomie J.BEAUVIEUX	Zoologie et parasitologie.. R. SIGALAS.
Physiologie PETITEAU.	Physique médicale et pharmaceutique AURIAC.
Médecine opératoire JEANNENEY.	Médecine légale DERVILLEE.
Accouchements DELMAS-MARSALET.	Urologie DARGET.
Pathologie médicale CABANNES (en congé).	Botanique GIRARD.
Ophthlalmologie FAUGERE.	Bactériologie..... MOUREAU.
Puériculture..... MESNARD.	Législat. pharmaceutique. POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	Chimie minérale CASTAGNOU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A MON PERE

LE DOCTEUR ANDRÉ DELALANDE

MÉDECIN DE LA MAISON MATERNELLE DU FINISTÈRE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE DE PARIS
PROFESSEUR AU COURS DÉPARTEMENTAL D'ACCOUCHEMENTS
CROIX DE GUERRE

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

AU DOCTEUR RENÉ BOURSIER

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
CROIX DE GUERRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR ALFRED LAFOLIE

MÉDECIN EN CHEF DE RÉSERVE DE LA MARINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES PARENTS

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A TOUS MES AMIS

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF VARACHE

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE MILITAIRE
CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARC RIVIERE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN PERY

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
CHIRURGIEN EN CHEF HONORAIRE DE LA MATERNITÉ
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Cette thèse n'a pas la prétention d'exposer une découverte personnelle. L'idée et la mise au point de cette méthode reviennent au D^r André Delalande, notre Père, qui, depuis quinze ans, la pratique à Brest de façon courante dans sa clientèle.

Au cours de ces dernières années, nous nous sommes mis au courant de ce procédé et nous avons eu l'idée d'y consacrer notre thèse, car il n'existait encore aucune publication suffisamment détaillée sur ce sujet.

Le D^r A. Delalande s'est prêté d'autant plus volontiers à notre désir qu'il lui plaisait de voir cette publication revenir à la Faculté de Bordeaux, dont il est lui-même un ancien élève. Par sa bonne volonté à répondre à toutes nos questions et par l'aide personnelle qu'il nous a apportée dans la rédaction de ce travail, il nous a permis d'aboutir à un ouvrage que nous pensons d'utilité pratique et qui sera pour lui le témoignage de notre affectueuse reconnaissance.

Nous avons été très touché par la bienveillance que nous ont témoignée nos maîtres de Bordeaux quand nous leur avons exposé notre projet de thèse. M. le professeur agrégé Marc Rivière a aussitôt accepté de nous faciliter la tâche : il nous a indiqué tous les points demandant à être spécialement précisés et a mis à notre disposition toute la documentation qu'il possède sur ces questions. Nous l'en remercions bien vivement,

M. le professeur Jean Péry a bien voulu présider notre thèse ; c'est là une marque de confiance qui nous honore. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

L'exposé de notre technique sera précédé d'un chapitre concernant le principe général de la méthode, et d'un bref historique dans lequel nous montrerons comment, de l'idée première qui était d'employer un anesthésique dans la pratique obstétricale courante, notre Père en est arrivé à l'ensemble de sa méthode.

Dans ce travail, nous avons volontairement laissé de côté toute considération sur l'emploi isolé des extraits ocytotiques ou des anesthésiques. Nous n'avions rien à ajouter aux ouvrages déjà fort nombreux parus sur ce sujet. De plus, l'action de l'ensemble ocytotique-anesthésique ne peut se comparer à celle de chacun d'eux pris en particulier.

L'hypophyse, habituellement redoutée par tous pour la brutalité de ses effets, devient sous l'anesthésie d'une maniabilité inoffensive. De même les effets nuisibles de l'anesthésie sur les contractions utérines sont équilibrés par l'ocytotique. Nous sommes en présence d'un bloc ocytotique-anesthésique sur lequel notre méthode repose entièrement. Il nous est impossible de le décomposer dans la pratique, nous n'avons pas voulu le faire dans un travail théorique.

Notre exposé sera purement clinique, et notre argumentation est entièrement tirée des résultats donnés par cette méthode dans les nombreux cas, généraux et particuliers, qu'une mise en pratique de quinze ans a permis de rencontrer.

Nous nous permettrons d'insister sur le fait que notre méthode ne demande aucun appareil ni aucun personnel spéciaux. Elle est à la portée de tout accoucheur, sans autre aide que la famille et la malade.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les premiers essais du D^r A. Delalande concernant l'accouchement normal sous anesthésie, remontent à 1920. A cette date il employait le « chloro à la Reine » et il se rendit compte que l'anesthésie n'augmentait pas toujours la durée de l'accouchement, grâce au relâchement des parties molles (col utérin et périnée). Mais les résultats, au point de vue des douleurs, n'étaient pas toujours suffisants.

Il essaya alors de donner le chloroforme à des doses un peu plus fortes et de façon presque continue ; c'était un peu plus efficace, mais toujours aussi difficile à bien doser.

Puis, le somnifène fut essayé avec des résultats relativement satisfaisants (1921-22). Les malades s'en trouvaient très bien, mais il fallait déplorer par ailleurs :

1° Un sommeil très agité rendant le spectacle peu encourageant pour l'entourage ;

2° Une prolongation du sommeil pendant douze à dix-huit heures après l'accouchement, ce qui affolait bien des familles ;

3° Un sommeil souvent marqué des enfants. (Sur une centaine de cas, il y a eu un décès d'enfant semblant dû à cette anesthésie.)

4° L'impossibilité de changer de méthode d'anesthésie (ou d'y renoncer) après l'avoir donnée ;

5° Un nombre assez important de forceps.

Le Dr A. Delalande revint alors (1922) au chloroforme donné à un degré encore plus fort, de façon continue, mais en lui adjoignant cette fois de l'hypophyse pour parer à la diminution des contractions. Puis, il substitua au chloroforme le chloro-kélène plus maniable (1923). C'était dès lors la méthode actuelle, qu'il appliqua uniquement aux multipares jusqu'en 1924, date à laquelle il se décida à l'étendre aux primipares.

Nous citerons enfin une méthode antérieure à la nôtre et basée sur le même principe. Il s'agit de celle d'Arthur Stein qui, dès 1919, associe de petites doses fractionnées de pituitrine à l'anesthésie au protoxyde d'azote, anesthésique peu employé en France, mais jouissant d'une certaine faveur aux Etats-Unis.

CHAPITRE III

PRINCIPE GÉNÉRAL DE LA MÉTHODE

Cette méthode ne s'applique qu'aux accouchements normaux et nous devons poser dès maintenant une condition primordiale : l'absence de dystocie cliniquement constatable.

La marche de l'accouchement ne reste, par suite, soumise qu'à deux facteurs :

1° La poussée utérine renforcée à un moment donné par la contraction des muscles de l'effort ;

2° La résistance des parties molles.

La pratique montre qu'en général les difficultés d'un accouchement proviennent :

a) Chez les primipares, d'une résistance plus forte du col et du périnée ;

b) Chez les multipares, d'une insuffisance des poussées.

Contre ces deux sources de difficultés nous possédons deux remèdes :

1° L'anesthésie qui diminue la résistance des parties molles ;

2° Les extraits ocytociques qui renforcent les poussées utérines.

Nous verrons comment ces deux armes, jusqu'ici réservées aux cas d'exception et employées séparément, peuvent se combiner en une méthode applicable dans la pratique courante à tous les accouchements strictement eutociques.

Bien que l'anesthésie obstétricale pour les accouchements eutociques soit jusqu'à présent presque inexistante, on a, depuis longtemps, remarqué l'influence bienfaisante des anesthésiques, non seulement sur la douleur, mais aussi sur la marche de l'accouchement.

Malheureusement, pour atteindre une analgésie complète, il faut des doses agissant fâcheusement sur les contractions. Désirant néanmoins faire bénéficier les malades de la douceur de l'anesthésie complète, le Dr A. Delalande a eu l'idée (idée qu'avait déjà eue Stein, ce qu'il ignorait alors) d'y associer un ocytocique qui renforcerait les poussées diminuées par l'analgésique. C'est ce qui fut essayé avec succès et nous obtenons ainsi :

- 1° La suppression des douleurs ;
- 2° La conservation des contractions utérines ;
- 3° La diminution de la résistance des parties molles.

Si nous ajoutons que l'on peut obtenir la contraction des muscles de l'effort par un petit moyen que nous dirons à l'exposé de la technique, il est aisé d'en déduire que l'accouchement doit s'en trouver facilité et accéléré.

Le degré exact de l'anesthésie et les doses d'hypophyse nécessaires ont été déduits des effets physiologiques des produits employés.

L'anesthésique n'abolit pas totalement et de façon simultanée toutes les fonctions sensitivo-motrices. C'est une question de degré. Il supprime d'abord la sensibilité et la motricité volontaire, puis la motricité réflexe des muscles striés, enfin, seulement, la motricité automatique des muscles lisses. Il a fallu choisir dans cette gradation le degré optimum.

L'ocytocique, lui, a une action beaucoup plus élective. C'est pourquoi, c'est plutôt à lui de s'adapter au degré d'anesthésie voulu ; il demande simplement que l'anesthé-

sie lui laisse une contractilité utérine suffisante pour servir de base à son action de renforcement. Les doses d'ocytocique ont dû être, par suite, fixées par tâtonnement.

Nous n'en dirons pas plus ; tout ceci sera précisé à l'exposé de la technique.

CHAPITRE IV

CONDITIONS REQUISES ET CONTRE-INDICATIONS

I. Conditions requises.

Cette méthode s'applique uniquement aux accouchements eutociques, ou du moins supposés tels par l'examen clinique, c'est-à-dire :

1° Lorsque l'examen du bassin osseux donne des diamètres normaux ;

2° Lorsqu'il n'existe aucune dystocie des parties molles (tumeur praevia, atrésies, malformations, etc...) ;

3° Lorsque le fœtus à terme semble de dimensions normales ;

4° Lorsque l'examen après le début spontané du travail montre une présentation normale (nous reparlerons plus loin de ce qu'il faut entendre par normale ; en gros on peut comprendre : présentation du sommet) et suffisamment engagée ; cette dernière condition est surtout requise chez les primipares ;

5° Lorsque le travail est arrivé à un stade minimum nécessaire que nous préciserons lorsque nous exposerons la technique de la méthode ;

6° Lorsque le col utérin se montre bien souple et facilement dilatable.

II. Contre-indications.

Elles peuvent se diviser en deux groupes : obstétricales et médicales. Ces dernières seront envisagées à la fin du

paragraphe suivant ; nous ne citerons ici que les obstétricales.

Nous devons nous abstenir devant :

- 1° Toute anomalie du bassin osseux ;
- 2° Toute anomalie des parties molles ;
- 3° Toute présentation anormale ou restant haute ;
- 4° Un travail insuffisamment avancé ;
- 5° Une rigidité anormale du col utérin.

Nous distinguerons, à propos de ce dernier point, deux sortes de rigidités : anatomique et fonctionnelle.

a) Une rigidité anatomique (cicatrice de déchirure, néoplasie, etc...) constitue une dystocie devant laquelle nous renonçons immédiatement à notre méthode ;

b) En cas de rigidité fonctionnelle, il faut encore distinguer plusieurs éventualités.

Si nous sommes appelés auprès d'une femme dont l'accouchement traîne depuis longtemps, chez qui nous trouvons un col dur et œdématié, un utérus fatigué, rigide, contracturé, nous renoncerons à notre procédé. Notre méthode ne doit pas être essayée après l'échec d'autres moyens : nous ne devons agir que sur des organes en parfait état.

S'il s'agit d'une hypertonie banale, comme il arrive si fréquemment chez les primipares au cours du travail, nous nous garderons bien de passer outre ; mais nous pouvons cette fois essayer d'y remédier pour intervenir quelques instants plus tard. Si la thérapeutique employée (morphine-atropine, spasmalgine, ou autres produits similaires) produit l'effet souhaité et habituel, la méthode pourra être employée.

III. A propos de circonstances particulières.

1° DANS LES CAS LIMITES. — Chez la multipare des antécédents obstétricaux favorables permettront d'agir dans les cas limites (bassin un peu juste, enfant un peu gros).

Chez la primipare, il faudra être plus circonspect. D'une façon générale, en cas de doute, mieux vaut laisser le travail se faire seul jusqu'à un stade suffisant pour affirmer qu'il n'y a pas de dystocie ; alors seulement on interviendra.

2° A PROPOS DES PRÉSENTATIONS. — Le sommet est indiscutablement la présentation la plus favorable.

Pour les sièges nous estimons que le procédé peut être appliqué, et nous l'avons fait. Mais il faudra ici redoubler de prudence et ne l'employer que tardivement, lorsque l'on voit que ce siège vient vraiment très bien.

Pour la face, la méthode a été employée avec succès par le Dr Courtois (Saint-Germain-en-Laye). Personnellement, nous avons préféré nous en abstenir.

Front et épaule sont indiscutablement dystociques.

3° ALBUMINURIE. — L'albuminurie isolée n'est nullement une contre-indication.

4° GÉMELLAIRES. — Les jumeaux sont parfaitement justiciables de notre procédé si les conditions sont remplies pour la première présentation.

Si la deuxième présentation est dystocique, l'anesthésie permettra toutes les manœuvres obstétricales désirables, sans que l'hypophyse préalable gêne en quoi que ce soit (ceci sera précisé plus loin).

5° CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES. — A notre connaissance, il n'en existe pas de nettes en dehors de celle d'une hypertension marquée.

a) Les extraits hypophysaires ont, en effet, une action hypertensive propre qu'il serait dangereux, aux doses que nous employons, de surajouter à une hypertension préexistante. Nous parlons ici des extraits hypophysaires que nous employons actuellement. Mais, récemment, on a

réussi à séparer le principe hypertenseur et l'on a obtenu ainsi un extrait purement ocytocique qui, à notre connaissance, n'est pas encore fabriqué en France¹. C'est cet extrait purifié que les Belges emploient pour traiter les hémorragies rétro-placentaires²; à n'en pas douter, si nous pouvions l'employer, il supprimerait cette contre-indication.

b) Certains disent qu'une lésion cardiaque doit faire rejeter l'anesthésie (Thèse Choquard, Paris, 1931).

Nous pensons, au contraire, d'accord en cela avec le Dr Pruche, cardiologue à Brest, que la fatigue de la femme, au cours d'un accouchement normal, lui est beaucoup plus nuisible que notre anesthésie.

c) Pour ce qui est des tuberculeuses, nous pensons que notre procédé s'accorde avec le principe classique qui est d'éviter au maximum la fatigue de la femme et surtout de ne pas la faire pousser. En commençant l'anesthésie dès le travail, nous sommes on ne peut mieux placés pour ce dernier point : il suffira d'augmenter un peu la dose d'anesthésique.

Un accoucheur saura facilement discerner les contre-indications sérieuses. Pour ce qui est des cas discutables, il est évident que celui qui pratiquera couramment cette méthode pourra se permettre quelques petits écarts. En surveillant bien sa malade, il saura interrompre à temps et changer de manière s'il le faut, nous verrons plus loin de quelle façon.

1. On le trouve spécialisé sous le nom d'Orasthin (Bayer).

2. J. A. Schockart, *Bull. Soc. belge de Gyn. et Obst.*, 1935, t. XI et 1937, t. XIII.
— Congrès des Accoucheurs de langue française, Paris, 1937 (compte rendu dans *Bull. Soc. Gyn. et Obst. de Paris*).

CHAPITRE V

TECHNIQUE

I. Matériel nécessaire.

Après quelques essais, nous nous sommes arrêté aux produits suivants :

- Anesthésique : chloro-kélène renfermant :
 - 75 % de kélène (chlorure d'éthyle) ;
 - 25 % de chloroforme ;

en tubes scellés de 30 grammes et munis d'un appareil obturateur (1 à 2 tubes sont nécessaires pour une intervention) ;

Un petit masque à compresse ;

- Ocytocique : extrait post-hypophysaire en ampoules de 40 unités¹.

De plus, nous employons souvent, quelque temps avant nos interventions, des ampoules renfermant :

- morphine 1 centigramme ;
- atropine 1/2 milligramme.

II. Technique proprement dite.

Encore plus que dans les accouchements normaux laissés à leur libre cours, il convient de faire la différence entre multipares et primipares. C'est pourquoi nous ferons

1. Pour ceux qui auraient de la difficulté à se procurer ces produits, nous signalerons que nous les trouvons chez Specia (chloro-kélène 22) et Byla (pituitobine).

le premier exposé de la technique à propos des multipares, qui sont les plus faciles. Un deuxième exposé pour les primipares insistera ensuite sur les divergences d'avec les multipares.

A. Technique chez une multipare

A quel moment pouvons-nous intervenir ?

La pratique nous a montré que l'on pouvait intervenir quand la dilatation a dépassé deux francs et que le col est souple et dilatable ; il n'y a pas à se préoccuper de l'effacement du col.

Il est évident que si la malade ne souffre pas, on peut attendre une dilatation plus grande.

Si la malade souffre au contraire beaucoup, et que le col n'est pas assez dilaté ou insuffisamment dilatable (ce qui est peut-être plus important et nous avertit d'une hypertonie), nous faisons une piqûre de morphine-atropine. Nous ajouterons que si nous sommes amenés à faire cette piqûre de façon presque constante chez les primipares, il nous arrive très rarement de la faire chez les multipares ; aussi nous en reparlerons plus en détail à propos des primipares.

Nous commençons donc l'anesthésie et simultanément nous faisons la piqûre d'hypophyse. La pratique nous a montré que sauf dans des cas (peu intéressants si l'on peut dire) où l'enfant est presque sorti quand on commence l'intervention, et où l'anesthésie a pu être employée seule, il faut toujours faire de l'hypophyse.

La dose d'hypophyse est de 12 unités (soit 3/10 de cc.) que nous faisons en une piqûre intra-musculaire à la cuisse.

Nous allons maintenant préciser le degré d'anesthésie que nous employons. Pour cela nous distinguerons dans l'anesthésie en général trois périodes :

1° Une période de diminution de la sensibilité, pouvant

aller jusqu'à la suppression des douleurs, avec conservation de l'intelligence. C'est en somme le « chloro à la Reine » bien inoffensif mais souvent inefficace par suite de la difficulté de le bien doser ;

2° Une période d'abolition de la sensibilité et de l'intelligence, mais avec conservation de presque tous les réflexes ;

3° Enfin une période d'abolition de la sensibilité, de l'intelligence et de tous les réflexes. Seules sont conservées la respiration et la circulation : nous sommes dans l'anesthésie chirurgicale.

Entre le « chloro à la Reine » que nous estimons une anesthésie insuffisante, et la période chirurgicale qui supprimerait toute contraction, nous nous plaçons dans la deuxième période.

Pour obtenir exactement ce stade, nous avons trouvé le chloroforme peu pratique parce que passant trop rapidement du « chloro à la Reine » à l'anesthésie chirurgicale. Le chloro-kélène, déjà plus maniable, donnait cependant un peu le même ennui quand on l'administrait avec des masques spéciaux. De plus, ces masques exigeaient des infirmières au courant, ce qui en compliquait l'emploi à domicile. C'est pourquoi nous préférons n'user que du simple petit masque à la compresse ; nous pouvons ainsi le confier à n'importe qui, sans danger, sous la surveillance de l'accoucheur qui règle lui-même l'anesthésie, comme nous le verrons plus loin.

Aussitôt nous rompons la poche des eaux si cela n'est pas déjà fait (spontanément ou artificiellement).

Puis on attend en surveillant que la dilatation se complète, ce qui dure en moyenne une quinzaine de minutes. La dilatation terminée, nous passons à la période d'expulsion.

Ici intervient une petite manœuvre très importante si l'on ne veut pas arriver à conclure (comme M^{lle} Choquart dans sa thèse, Paris, 1931) que la méthode accélère beau-

coup la dilatation, mais n'a pas grand effet sur le temps d'expulsion. Il s'agit de provoquer la contraction des muscles de l'effort sur lesquels l'hypophyse n'a aucune influence. Cette contraction ne peut se faire volontairement puisque la malade est complètement anesthésiée ; mais nous pouvons l'obtenir par réflexe puisque les réflexes ne sont pas abolis au degré d'anesthésie que nous employons. Pour cela, il suffit :

— Soit de déprimer vers le bas le périnée avec deux doigts introduits dans le vagin ;

— Soit d'appuyer vers le haut sur les tissus séparant la tête de la symphyse ;

— Soit de faire les deux en même temps, ceci jusqu'à ce que la tête se présente à la vulve. Cette manœuvre faite de temps en temps, de préférence en concordance avec les contractions utérines, raccourcit beaucoup le temps d'expulsion (temps moyen : 5 minutes).

En cas de disparition de ce réflexe, l'accoucheur s'aperçoit qu'on a dépassé le degré d'anesthésie voulu, et fait lever le masque quelques instants. Un autre moyen de contrôle de l'anesthésie se trouve dans la respiration de la malade : quand on atteint le degré chirurgical, la respiration devient ronflante. C'est ainsi que l'accoucheur dirige lui-même l'anesthésie, comme nous l'avions annoncé plus haut.

Conduite à tenir pendant la sortie de la tête. — Si tout va bien la tête sortira normalement. Si par hasard la femme poussait un peu trop fort, et que l'on craigne une déchirure, il faut sans hésiter pousser l'anesthésie, jusqu'au stade chirurgical si besoin est. L'accoucheur aura alors la possibilité d'agir aussi doucement qu'il lui plaira.

Si au contraire les poussées sont insuffisantes, on pourra ou diminuer l'anesthésie (très rarement), ou s'aider d'expression abdominale, manœuvre rendue très efficace par l'assouplissement du périnée.

En cas de siège. — On attendra pour intervenir que le siège soit nettement engagé. Par la suite, il suffit de soutenir le fœtus et on termine par un Mauriceau comme dans les accouchements ordinaires.

Après la naissance de l'enfant. — On cesse aussitôt l'anesthésie et la malade se réveille dans les dix minutes qui suivent.

La délivrance suit tout naturellement, un peu plus tôt que normalement (10 minutes après en moyenne), et aussi plus rapide. La délivrance artificielle nous est encore plus rarement nécessaire que dans les accouchements naturels; les risques d'hémorragie sont notablement diminués. En somme, nous notons un effet heureux de l'ocytocique sur la délivrance, ce qui est connu depuis longtemps.

Nous ne croyons pas utile de prolonger l'anesthésie jusqu'à la délivrance. En agissant comme nous le faisons nous n'avons jamais constaté d'enchâtonnement du placenta, pas plus que de rétention des membranes; de plus la malade est encore dans une légère torpeur que nous estimons très suffisante au point de vue des douleurs¹.

B. Technique chez une primipare.

La différence d'avec les multipares consistera surtout à être beaucoup plus prudent. Nous n'avons plus ici d'antécédents, favorables ou non. De plus, les parties molles sont plus résistantes et la dilatation du col doit être beaucoup plus longue. On comprend facilement que, malgré l'assouplissement produit par l'anesthésique, il faille se méfier davantage d'un renforcement des contractions par l'ocytocique.

1. A l'appui de nos dires sur les heureux effets de l'hypophyse sur la délivrance, sans risque de contracture de l'utérus, nous citerons une récente publication : J. Snoek : « De l'emploi systématique d'extraits hypophysaires au cours de la délivrance » (*Gynécologie et Obstétrique*, mai 1938, t. XXXVII).

Aussi il faudra n'intervenir que tard, le plus plus tard possible dirons-nous, en tenant compte de tous les éléments recueillis, en particulier du degré de souffrance de la malade, et de la souplesse du col.

On n'interviendra pas avant que l'engagement soit net et la dilatation entre 5 francs et petite paume.

Si les douleurs sont très fortes avant ce stade, nous faisons une piqûre de morphine-atropine, ce qui nous arrive de façon presque constante chez les primipares.

L'effet de cette piqûre dure presque mathématiquement deux heures, et donne différents résultats :

— Le plus souvent, les douleurs sont calmées et le travail progresse au moins aussi vite que normalement ;

— Parfois les douleurs ne sont que peu atténuées ;

— Parfois enfin les douleurs sont accentuées mais mieux rythmées ; ce sont les cas où il existait manifestement de la contracture ; le travail avance alors très vite et les souffrances de la malade sont compensées par la rapidité avec laquelle elle atteint le stade où nous pouvons commencer l'anesthésie.

Dans les cas habituels, cette piqûre de morphine-atropine est sans action sur le fœtus. Mais, dans les cas exceptionnellement précipités, où l'accouchement se termine dans les deux heures qui suivent, il convient de signaler une légère tendance à l'apnée qui demande que l'on s'occupe du bébé pendant quelques minutes mais ne nous a jamais donné d'accident. La pratique nous a montré que l'atropine seule était responsable de ce petit ennui.

Ceci dit, la technique est la même que pour les multipares. La dose d'hypophyse est toujours la même. Cependant, il faut être plus prudent en toutes choses : l'expression abdominale, en particulier, est ici plus dangereuse pour le fœtus et il ne faudra pas en abuser.

Enfin, si une application de forceps semble nécessaire, il faudra encore moins hésiter à la faire.

Les temps moyens des accouchements faits suivant notre méthode ont été rassemblés dans le tableau suivant.

	Dilatation		Expulsion	Durée totale de l'anesthésie	Délivrance
	2 ^e	5 ^e			
	Complète				
Primipares	Début	25'	15'	40'	10' après
Multipares	Début	15'	5'	20'	10' après

III. Quelques remarques valables pour multipares et primipares.

*Première remarque. — Effets de la méthode
sur la mère et l'enfant.*

a) *Sur l'enfant.* — La méthode n'a absolument aucun effet anesthésiant sur l'enfant. Nous n'avons jamais constaté de lésion traumatique ou asphyxique imputable à l'ocytocique. L'enfant naît aussi vigoureux que possible et crie immédiatement. Nous dirons même qu'il naît en général plus vigoureux que d'habitude, car l'accouchement, raccourci en durée, le fatigue beaucoup moins.

Toutefois, nous avons déjà signalé, en cas d'accouchement précipité dans les deux heures suivant une piqûre de morphine-atropine, une légère tendance à l'apnée. Nous espérons que cet ennui (qui n'a d'ailleurs jamais donné d'accident sérieux) ne sera pas reproché à notre méthode puisqu'il est imputable à une piqûre nettement surajoutée à notre technique, afin de diminuer les douleurs de la femme (en intensité ou en durée) avant le stade qui nous permet d'intervenir.

b) *Sur la femme.* — Les déchirures périnéales sont plus rares que normalement, ceci pour deux raisons : tout

d'abord le périnée, assoupli au maximum par l'anesthésie, se laisse dilater davantage ; d'autre part, en cas de menaces de déchirure, l'accoucheur peut ralentir la sortie de la tête autant qu'il le désire.

La femme se réveille en moins de dix minutes. Elle n'a rien senti, elle est très contente. Au grand étonnement de bien des personnes qui viennent la voir, elle se déclare souvent prête à une autre maternité, tant cette épreuve, ordinairement douloureuse, lui a passé inaperçue ; c'est là, du point de vue social, une chose qui nous semble digne d'intérêt.

La femme ne se sent presque pas fatiguée. Toute la famille n'est pas moins satisfaite de ce bien-être moral et physique qui n'est pas une simple apparence. Nos malades sont réellement beaucoup moins fatiguées qu'après les accouchements sans anesthésie ; la meilleure preuve en est dans l'extrême rareté des post-partum fébriles, indice d'une meilleure résistance aux infections possibles.

D'autre part, les chances de contamination extérieure sont diminuées du fait de la moindre durée de l'accouchement et de l'extrême rareté des délivrances artificielles.

Deuxième remarque.

Toutes les femmes ne réagissent pas de la même façon à l'hypophyse. Comment faire pour obtenir de notre méthode un effet aussi régulier que possible ?

Anesthésique et ocytocique sont antagonistes (la preuve en est dans les doses d'ocytocique que nous pouvons employer couramment sans inconvénient). L'Ecole strasbourgeoise a récemment fait des travaux qui prouvent que l'hypophyse, même intra-veineuse, ne donne aucun accident sous anesthésie (hémorragies de césarienne basse). En les dosant séparément, nous avons le moyen de nous adapter aux susceptibilités de chaque malade.

Comme nous l'avons déjà dit, au degré d'anesthésie que nous utilisons, les contractions utérines sont affaiblies et doivent être renforcées par un ocytocique. De ce dernier, nous donnons dans la première injection une dose qui est en général suffisante (12 unités), mais peut sans danger être renouvelée si la surveillance de notre malade nous montre qu'elle ne donne pas les effets souhaités.

Cela nous est arrivé chez des femmes particulièrement hypophyso-résistantes. Nous avons atteint une fois 40 unités sans ennui, la première dose ayant été absolument inefficace (observation personnelle n° 56) ¹. Ce n'est là qu'un cas d'exception ; nous ne voulons pas prôner l'emploi courant de ces doses record. Ce que nous pouvons affirmer c'est qu'en cas d'inefficacité des douze premières unités, il s'agit d'un état spécial de résistance et qu'en les renouvelant nous n'avons nullement à craindre un déclenchement brutal ; au contraire, nous ne sommes même pas sûr d'un résultat et ce peut être là un échec de notre méthode.

Inversement, si par hasard nous obtenions avec douze unités un effet trop énergique, nous avons en main l'anesthésie qu'il suffit de pousser un peu plus pour aussitôt freiner les contractions. Ceci est tout à fait exceptionnel ; notre dose première a été établie aussi faible que possible, justement pour éviter cet ennui. Nous nous devons de signaler comment remédier à une réaction un peu forte, mais en même temps nous pouvons garantir, d'après notre expérience, que cette dose n'offre absolument aucun risque ni pour la femme, ni pour l'enfant. Douze unités d'hypophyse sous anesthésie constituent une dose en général suffisante mais plutôt faible.

Notre procédé n'a qu'un but : conserver des contractions normales malgré l'anesthésie. Si nous insistons sur la faci-

1. Dans l'observation n° 45 nous avons atteint 30 unités. Courtois cite un confrère qui a paraît-il atteint 80 unités sans accident.

lité de remédier à une hypertonie possible, ce n'est pas parce que cela nous arrive fréquemment, bien au contraire ; mais c'est là la première objection que nous ont formulée les accoucheurs à qui nous avons eu l'occasion d'exposer cette méthode.

Nous ajouterons que les dangers habituels de l'hypertonie sont ici grandement réduits par l'assouplissement des parties molles dû à l'anesthésie.

Troisième remarque.

Un autre point à bien préciser est que notre méthode n'a pas la prétention de remplacer les applications de forceps par des injections d'ocytocique. Ce serait là une grosse erreur.

Du fait d'une obtention plus constante de contractions de bonne qualité, le nombre d'applications de forceps que nous pratiquons est tout de même faible. Mais il ne faut pas hésiter à les appliquer s'il se produit un arrêt dans la descente, car le fœtus en souffrirait. N'oublions pas que, l'accouchement étant accéléré par notre procédé, un arrêt dans la descente indique une résistance anormale, par suite une contre-indication ; d'où le correctif immédiat qui consiste à augmenter l'anesthésie pour neutraliser l'ocytocique, puis à mettre les fers.

CHAPITRE VI

ÉCHECS DE LA MÉTHODE

1. *Échecs dus à l'ocytocique.* — A la dose de douze unités, conjointement à l'anesthésique, l'ocytocique ne donne jamais d'accident par excès. Mais nous avons déjà cité au paragraphe précédent l'échec possible par suite d'une hypophyso-résistance particulière de la malade (observations n^{os} 6, 45, 56).

2. *Échecs dus à l'anesthésie.* — Nous ne sommes pas ici en anesthésie chirurgicale ; aussi il nous est arrivé d'avoir des malades au sommeil agité, déraisonnant sans cesse, et qui ne poussaient pas, car elles conservaient la bouche ouverte (observation n^o 55).

Ces deux catégories d'échecs sont à signaler bien que très rares et sans danger. Le malade y perd simplement le bénéfice d'une bonne anesthésie qu'il va nous falloir réduire progressivement, autant qu'il le faudra, voire jusqu'à suppression complète.

3. *En cas de dystocie aperçue après le début de l'intervention.* — Comment peut-on changer de manière de faire lorsque, après la piqûre d'hypophyse et le début de l'anesthésie, on s'aperçoit que l'accouchement est dystocique ou l'est devenu ?

Ceci est en général attribuable à une intervention trop précoce. Quand on attend que le stade fixé à la technique soit bien atteint, avec toutes les conditions requises bien remplies, tout doit marcher très bien jusqu'au bout. Tout

au plus pourra-t-on avoir à faire une application de forceps pour finir la descente et faire la rotation d'une présentation postérieure, la sortie de la tête se faisant ensuite spontanément.

Mais il est différentes circonstances où l'on est tenté d'intervenir plus tôt :

— La femme souffre quelquefois beaucoup, n'est pas calmée par la morphine, et demande à être endormie ;

— Des antécédents obstétricaux très favorables nous donnent confiance. C'est dans des cas semblables qu'il nous est arrivé d'intervenir trop tôt (à tort nous le confessons) et d'avoir dû changer de manière de faire sans inconvénient.

Quelle que soit la décision prise : césarienne, version par manœuvres internes, etc... ; nous utilisons immédiatement l'action antidote de l'anesthésique envers l'ocytocique. Mais nous préférons alors employer le chloroforme, car il arrive plus vite que le chloro-kélène au stade d'anesthésie chirurgicale. Ayant ainsi fait, nous pourrions nous livrer à n'importe quel acte obstétrical, sans plus nous préoccuper de l'injection préalable d'hypophyse que si elle n'avait jamais été faite ; on ne s'en apercevra même pas.

A l'appui de ce que nous venons de dire nous citerons brièvement quelques cas, observés en clientèle, qui prouvent la facilité de neutralisation de l'ocytocique par le chloroforme.

1° Appelé à la campagne pour une tercipare, par un confrère qui avait déjà fait de l'hypophyse et ne nous l'a pas dit (nous ne l'avons su qu'après), nous avons fait la version par manœuvres internes sans difficulté.

2° Appelé chez une multipare, aux accouchements antérieurs normaux, nous trouvons une tête haute, poche non rompue, avec une bonne dilatation. Pour gagner du temps et percer plus facilement la poche, nous faisons la piqure

d'hypophyse. Il y avait beaucoup d'eau et à la rupture de la poche la tête file dans la fosse iliaque ; aussitôt le chloroforme a remplacé le chloro-kélène et la version a été effectuée facilement.

3° Un autre cas semblable a donné lieu à une procidence du cordon terminée favorablement de la même façon.

CHAPITRE VII

RÉSULTATS

(Clientèle du Docteur André Delalande)

En quinze années de clientèle, le D^r André Delalande a pratiqué suivant sa méthode environ 5.000 accouchements. Il n'y a jamais eu aucun accident. Quant aux avantages, nous les résumons dans l'énumération suivante :

- Suppression totale des douleurs (à l'exception de celles du début du travail),
- Accélération de l'accouchement, entraînant une moindre fatigue de la femme et de l'enfant,
- Moins de déchirures périnéales,
- Moins de forceps,
- Moins de délivrances artificielles,
- Moins d'hémorragies de la délivrance,
- Moins de post-partum fébriles.

Pour fixer les idées sur les possibilités d'emploi de la méthode, nous avons résumé ici ce qui a été fait dans 500 cas consécutifs de clientèle (de mars 1933 à mai 1934). Nous avons exclu de cette liste les appels de confrères, toujours pour des cas dystociques.

Sur 500 cas :

- 39 fois on n'a pas voulu appliquer le procédé :
- 5 sièges,
 - 18 forceps,
 - 7 versions par manœuvres internes,
 - 6 césariennes.

12 fois nous sommes arrivés quand la tête était à la vulve et l'anesthésie a été faite seule (ces cas auraient certainement pu se faire par notre procédé).

449 fois nous avons appliqué notre procédé :

5 sièges, tous les cinq avec succès,

444 sommets avec } 435 succès complets,
9 applications de forceps.

En bloc nous avons donc une utilisation possible de $461 : 500 = 92 \%$ des cas.

Pour une statistique semblable, mais plus détaillée, nous prions de bien vouloir se reporter au résumé qui précède nos observations. On y trouvera là 50 accouchements consécutifs, dans lesquels le procédé aurait pu être appliqué 43 fois (soit dans 86 %) ; il ne l'a été, en réalité, que 40 fois et il en est résulté :

1 échec,

6 succès moyens,

36 succès complets.

Nous publierons maintenant une statistique des applications de forceps pratiquées en dix années :

Années.....	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nombre d'accouche- ments.....	287	325	379	400	417	461	503	504	450	428
Proportion de for- ceps %	7,3	9,6	10,8	8	5,5	5,12	5,36	5,35	7,33	7
Total.....							4.150 cas			
Moyenne							6,97 %			

Nous prétendons que cette proportion est très modérée, car il s'agit ici de clientèle d'accoucheur. Beaucoup de femmes, si elles n'avaient eu auparavant des accouchements dystociques, se contenteraient d'une sage-femme ; qu'il y ait besoin d'un forceps pour finir ces cas, cela n'a rien d'étonnant.

Nous signalerons, enfin, que les malades ne font aucune difficulté pour accepter notre méthode, bien au contraire. Quant à celles qui en ont déjà bénéficié, elles se résolvent difficilement à y renoncer par la suite. Les chiffres de nos statistiques sont les meilleures preuves de l'accueil très favorable qu'a trouvé notre procédé auprès de nos malades.

Nous aborderons maintenant le chapitre des observations.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous publierons ici une cinquantaine d'observations prises d'un bloc (les dates rapprochées en font foi) dans la clientèle du Dr A. Delalande, puis quelques observations personnelles intéressantes soit par leurs particularités, soit au contraire comme des plus typiques.

Dans ces observations, nous passons très rapidement sur tout ce qui est normal ; ainsi les particularités ressortent mieux. De plus, pour ne pas répéter constamment : début de l'anesthésie au chloro-kélène et piqûre I. M. de 12 unités d'hypophyse, nous avons adopté l'abréviation C. H.

I. Cinquante accouchements consécutifs.

Nous exposerons ces cinquante cas dans leur ordre chronologique. Le tableau suivant en fait la classification obstétricale et permet de trouver immédiatement les numéros correspondant aux cas recherchés.

Sur ces 50 accouchements :

7 fois on n'a pas voulu appliquer le procédé :

1 absence de présentation (anencéphale) : n° 10.

2 présentations de l'épaule : n°s 11-37.

2 accouchements prématurés : n°s 24-46.

2 sièges : n°s 38-41.

3 fois on est arrivé trop tard pour intervenir (ç'aurait été des succès presque assurés) : n°s 16, 21, 48.

40 fois la méthode a été appliquée et a donné :

- 1 échec : hypophyso-résistance : n° 6;
- 6 succès moyens (tous des sommets);
 - 2 cas : pas mal d'expression : n°s 22, 32;
 - 1 cas : diminution de l'anesthésie : n° 12;
 - 1 cas : nouvelle injection d'hypophyse : n° 45;
 - 2 cas : application de forceps : n°s 2, 7;
- 33 succès complets :
 - 1 siège chez une multipare : n° 34;
 - 32 sommets;
 - 14 primipares { n°s 3, 4, 5, 9, 15, 17, 18, 28, 31, 35, 36, 42
11 47.
 - 19 multipares { n°s 1, 8, 13, 14, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 30,
33, 34, 39, 40, 43, 49, 50.

Observation 1.

Mme C..., 29 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents. En 1933 : une fausse-couche de 3 mois.

Le 29-4-35 : un accouchement rapide.

Examens. 10-3-38 : OI DP. H. U. = 29 cm.

Accouchement. 27-3-38 : 10 h. : rentre à la clinique à dilatation complète, aussitôt **C. H.**

10 h. 03 : accouchement terminé.

10 h. 08 : délivrance normale.

Observation 2.

Mme P..., 25 ans, I^{re} pare, à terme.

Examens. 12-2-38. OIGT, H. U. = 29, périnée très résistant.

Accouchement. 30-3-38. Vagues douleurs dans la journée.

21 h. : col à petite paume, **C. H.**, la tête ne descend pas facilement; épisiotomie et forceps.

21 h. 30 : accouchement terminé.

21 h. 40 : délivrance normale.

Observation 3.

Mme T..., 23 ans, I^{re} pare, à 8 mois et demi.

Examens. 17-12-37 : Taille 1 m. 44, cependant le bassin semble normal.

24-1-38 : Col entr'ouvert OIGT.

Accouchement. 31-3-38 : 6 h. appelé à dilatation presque complète
C. H. et l'accouchement est terminé en 1/4 d'heure (une
petite déchirure).

— Délivrance normale 10 minutes après.

Observation 4.

Mme K..., 25 ans, 1^{re} pare, à terme.

Examens. 4-2-38 : OI.D.T. non engagée.

Accouchement. 31-3-38. 10 h. : douleurs moyennes, dilatation de
5 cm. (on rompt la poche des eaux).

11 h. : dilatation de 6 cm., **C. H.**

11 h. 30 : accouchement terminé.

11 h. 40 : délivrance normale.

Observation 5.

Mme P..., 22 ans, 1^{re} pare, à terme.

Examens. 10.3.38. Vagin peu étoffé, le bassin semble juste. —
Toucher difficile : semble en OI.D.T. non engagée. — H. U. = 29 cm.

Accouchement. 31-3-38. 6 h. : rentre à la clinique, le travail avance
très lentement.

11 h. : on rompt la poche des eaux.

14 h. : dilatation à grande paume, **C. H.**

14 h. 25 : accouchement terminé.

14 h. 35 : délivrance normale.

Observation 6.

Mme L..., 26 ans, 1^{re} pare, à terme.

Examens. 30-12-37. Bassin un peu juste, léger hydramnios.

4-2-38 : La tête descend très bien.

2-3-38 : OIGA. amorcée. H. U. = 32 cm.

Accouchement. 1-4-38. 1 h. : début de dilatation, souffre beaucoup,
on fait une piqûre de morphine-atropine.

13 h. : dilatation de 5 cm., **C. H.**, la malade pousse très
mal et on doit diminuer puis cesser complètement l'anesthésie.

13 h. 45 : accouchement terminé après pas mal d'expression.

13 h. 55 : délivrance normale.

Observation 7.

Mme B..., 21 ans, I^{re} pare, à terme.

Examens. 10-3-38 : Femme obèse, vagin peu étoffé, toucher difficile. — OI DT. non engagée.

Accouchement. 2-4-38. 8 h. : dilatation de 5 cm. (poche rompue depuis 3 h.), douleurs de moyenne intensité.

11 h. 30 : elle pousse, la tête s'engage en transverse avec gros asynclitisme. **C. H.**, la tête ne bouge guère malgré de bonnes poussées.

12 h. : forceps pour descente et rotation puis l'expulsion se fait spontanément en 5 minutes.

12 h. 30 : délivrance normale.

Observation 8.

Mme H..., III^e pare, 30 ans, à terme.

Antécédents. 1^{er} accouchement normal en décembre 1932 (enfant mort à l'âge de 2 mois).

2^e accouchement normal en mai 1934 (enfant mort à 7 mois : méningite ?)

Grossesse actuelle : vomissements graves au début.

Accouchement. 1^{er}-4-38. 2 h. : fausses douleurs, dilatation permanente légère, OIGA., on donne du laudanum qui calme mal.

2-4-38. 13 h. 30 : dilatation de 3 cm., on rompt la poche des eaux.

14 h. 30 : dilatation 5 cm., col dilatable, **C. H.**

14 h. 50 : dilatation complète.

14 h. 52 : expulsion terminée.

15 h. : délivrance normale.

Observation 9.

Mme B..., 24 ans, I^{re} pare, à terme.

Examens. 7-2-38 : grossesse peu développée pour son âge.

7-3-38 : OI DT. non engagée. — Fromontoire perceptible à

11 cm. H. U. = 29 cm.

Accouchement. 3-3-38. 19 h. : tête amorcée, dilatation de 1 cm.

On fait une piqûre de morphine-atropine.

23 h. : dilatation de 6 cm., la tête appuie bien.

4-4-38. 2 h. : dilatation complète. **C. H.**

2 h. 15 : accouchement terminé.

2 h. 25 : délivrance normale.

Observation 10.

Mme G..., 28 ans, II^e pare, à 8 mois.

Antécédents. Un accouchement normal.

Examens. 17-3-38 : hydramnios, H. U. = 37 cm., perd de l'eau depuis 3 jours, aucune présentation.

Accouchement. 4-4-38. 9 h. : rentre à la clinique, douleurs faibles.

11 h. : dilatation presque complète, on touche une partie coupante faisant penser à une malformation de la tête.

13 h. : dilatation complète, rupture de la poche qui donne beaucoup d'eau, version : un petit anencéphale.

Observation 11.

Mme M..., 29 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents. Un accouchement le 11-9-36 : OI DT. non engagé, engagement très lent, prise haute de forceps qui dérape, version par manœuvres internes, fracture du crâne de l'enfant qui meurt le 2^e jour.

Examens. 12-2-38 : promontoire à 11,5, col déchiré à gauche.

19-3-38 : H. U. = 28 cm., OI. non engagée, on attend étant donné la petitesse du fœtus.

2-4-38 : OI GT. non engagée. H. U. = 33 cm.

Accouchement. 4-4-38 : rentre à la clinique pour y provoquer l'accouchement.

10 h. : pose de 2 sondes.

21 h. : petites douleurs et les deux sondes sont expulsées.

5-4-38 : 9 h. : une piqûre de 4 unités d'hypophyse.

10.h. 30 : dilatation presque complète. — Présentation de l'épaule gauche et cordon procident, version par manœuvres internes assez facile.

Observation 12.

Mme R..., 23 ans, I^{re} pare, à terme.

Examens. 19-3-38 : OIDA. — H. U. = 30 cm.

Accouchement. 5-4-38. 9 h. : début des douleurs.

18 h. : dilatation de 5 cm., **C. H.**, pousse mal, on doit diminuer l'anesthésie et s'aider d'expression.

18 h. 25 : accouchement terminé.

18 h. 35 : délivrance normale.

Observation 13.

Mme B..., 31 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : une fausse couche de 2 mois et demi. — Un accouchement normal en mars 1937.

Examens. 1-3-38 : OIDP. H. U. = 29 cm.

Accouchement. 5-4-38 : premières douleurs dans la soirée.

6-4-38. 2 h. : dilatation de 5 cm., rupture de la poche. **C. H.**

2 h. 10 : accouchement terminé.

2 h. 20 : délivrance normale.

Observation 14.

Mme M..., 26 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : 1^{er} accouchement normal en 1936.

Examens. 21-1-38 : hydramnios léger.

2-3-38 : OIGA. amorcée.

Accouchement. 7-4-38. 6 h. : dilatation de 6 cm., **C. H.**

6 h. 15 : accouchement terminé.

6 h. 25 : délivrance normale.

Observation 15.

Mme S..., 27 ans, I^{re} pare, à 8 mois un quart.

Antécédents : pyélonéphrite gravidique à 2 mois, soignée par uroformine I. V.

Examens. 9-3-38 : OIDT.

Accouchement. 6-4-38 : dans la soirée perd les eaux sans douleurs.

7-4-38, 9 h. : début des douleurs.

11 h. : le travail n'est pas très avancé mais les douleurs sont si fortes et rythmées qu'on se décide à intervenir :

C. H.

11 h. 35 : accouchement terminé après un peu d'expression.

11 h. 45 : délivrance normale.

Observation 16.

Mme A..., 26 ans, 1^{re} pare, à 8 mois.

Examens : Femme obèse (origine thyroïdienne).

Accouchement. 8-4-38 : accouche seule en 1 h. 30. Déchirure assez forte.

Observation 17.

Mme G..., 21 ans, 1^{er} pare, à 8 mois.

Examens. 6-4-38 : OIGA. engagée. H. U. = 28.

Accouchement. 8-4-38, 12 h. : perd les eaux et rentre à la clinique, dilatation à 5 cm., col souple ne donnant pas espoir de prolonger la grossesse.

21 h. : dilatation à grande paume, **C. H.**

21 h. 20 : accouchement terminé.

21 h. 30 : délivrance normale.

Observation 18.

Mme M..., 22 ans, 1^{er} pare, à terme.

Examens, 10-3-38 : OIGT, non engagée, dilatation permanente, H. U. = 31.

Accouchement. 9-4-38, 1 h. : faibles douleurs depuis 2 heures, dilatation complète à tête basse, **C. H.** et rupture de la poche.

1 h. 15 : accouchement terminé.

1 h. 30 : délivrance normale.

Observation 19.

Mme C..., 28 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : premier accouchement normal.

Examens. 1-3-38 : OIDP. amorcée.

Accouchement. 10-4-38. 14 h. : début des douleurs.

22 h. : faibles douleurs. Col dilatable (dilatation de 4 cm),

C. H.

22 h. 30 : accouchement terminé.

22 h. 40 : délivrance normale.

Observation 20.

Mme M..., 30 ans, III^e pare, à terme.

Antécédents : deux accouchements normaux rapides.

Examens. 24-3-38 : OIGT. amorcée. H. U. = 27.

Accouchement. 11-4-38. 8 h. : poche rompue sans douleurs.

11 h. 30 : début des douleurs.

11 h. 45 : dilatation à 5 cm., **C. H.**

12 h. 05 : accouchement terminé.

12 h. 15 : délivrance normale.

Observation 21.

Mme G..., 20 ans, I^{re} pare, à 8 mois et demi.

Examens. 31-3-38 : SIGT., H. U. = 26.

Accouchement. 12-4-38. 1 h. : début des douleurs.

1 h. 30 : pendant le transport à la clinique, très fortes douleurs et à l'entrée à la clinique le siège est déjà sorti,

On termine normalement.

Observation 22.

Mme Le G..., 35 ans, III^e pare, à terme.

Antécédents : deux accouchements normaux il y a 8 et 6 ans.

Examens. 19-3-38. OIDP.

Accouchement. 14-4-38. 14 h. : femme debout, peu de douleurs, col dur à 3 cm.

16 h. : douleurs modérées, col souple à 4 cm., rupture de la poche et **C. H.** — La femme réagit peu à l'hypophyse, il faut faire de l'expression.

16 h. 25 : accouchement terminé.

16 h. 35 : délivrance normale.

Observation 23.

Mme D..., 30 ans II^e pare, à 8 mois et demi.

Antécédent : Siège extrait mort en 1930.

Examens. 1-3-38 : hydramnios et paroi épaisse rendent le palper difficile.

Accouchement. 14-4-38. 10 h. : poche rompue sans travail : OIGT.
non engagée.

17 h. : début du travail, tête au détroit supérieur, col à
2 cm. 5.

20 h. : dilatation complète, **C. H.**

20 h. 10 : accouchement terminé.

20 h. 25 : délivrance normale.

Observation 24.

Mme P..., 31 ans, III^e pare, à 7 mois.

1-4-38 : pertes sanguines.

15-4-38 : accouchement prématuré, l'enfant ne vit que 24 h.

Observation 25.

Mme Le B..., 32 ans, III^e pare, à terme.

Antécédents : deux accouchements normaux il y a 8 et 5 ans.

Examens. 7-3-38 : fatiguée, digestions lentes, OIGT., non engagée,
H. U. = 30.

Accouchement. 15-4-38. 16 h. 20 : dilatation à 5 cm., **C. H.**

16 h. 40 : accouchement terminé.

16 h. 50 : délivrance normale.

Observation 26.

Mme A..., 26 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : un accouchement normal en février 1934. Une perte
de 5 mois en mai 1936.

Examens. 9-4-36 : OIGA., H. U. = 29.

Accouchement. 18-4-36. 7 h. : dilatation presque complète, **C. H.**

7 h. 15 : accouchement terminé.

7 h. 25 : délivrance normale.

Observation 27.

Mme M..., 36 ans, VI^e pare, à terme.

Antécédents : cinq accouchements normaux (le dernier en juin 1936).

Examens. 1-4-38 : OI.D.T. amorcée.

Accouchement. 18-4-38. 6 h. 30 : dilatation presque complète. —

Rupture de la poche et **C. H.**

6 h. 45 : accouchement terminé.

6 h. 55 : délivrance normale.

Observation 28.

Mme D..., 26 ans, I^{re} pare, à terme.

Antécédents : Soignée pour lésion pulmonaire cicatrisée.

Examens. 10-12-37 : deux fibromes dans le segment inférieur (avant et arrière).

15-1-38 : le fibrome antérieur remonte, le postérieur s'enclave.

16-2-38 : le fibrome antérieur est abdominal, le postérieur semble remonter.

15-3-38 : les deux fibromes ont remonté, OIGA.

Accouchement. 18-4-38. 11 h. 30 : dilatation de 3 cm., douleurs faibles. — Rupture de la poche.

13 h. 30 : dilatation semblable.

17 h. : douleurs nettes, la dilatation progresse très lentement, 1 piqûre de morphine-atropine ne fait rien.

20 h. : douleurs fortes, dilatation de 5 cm., **C. H.**

20 h. 15 : fin de la dilatation.

20 h. 25 : accouchement terminé.

20 h. 35 : délivrance normale.

Observation 29.

Mme C..., 29 ans, III^e pare, à terme.

Antécédents : 1^{er} terminé par forceps, 2^e, normal.

Examens. 21-3-38 : H. U. = 31, OIGA. amorcée.

Accouchement. 19-4-38 : poche rompue depuis le 16.

1 h. 30 : dilatation de 4 cm., faibles douleurs, **C. H.**

1 h. 45 : accouchement terminé.

1 h. 55 : délivrance normale.

Observation 30.

Mme S..., III^e pare, 38 ans, à terme.

Antécédents : 1^{er} enfant né à 7 mois, maladie bleue, mort à 4 mois ;
2^e accouchement normal en mai 1936.

Examens. 23-3-38 : OI DT. amorcée.

Accouchement. 19-4-38. 10 h. 30 : début des douleurs.

11 h. 15 : dilatation de 6 cm. **C. H.**

11 h. 25 : accouchement terminé.

11 h. 35 : délivrance normale.

Observation 31.

Mme D..., 29 ans, I^{er} pare, à terme.

Examens. 29-3-38 : femme obèse, OI DP., enfant petit.

Accouchement. 19-4-38. 3 h. : début de dilatation.

10 h. : début des douleurs nettes.

15 h. : dilatation complète, rupture de la poche, **C. H.**

15 h. 10 : accouchement terminé, une petite déchirure.

15 h. 20 : délivrance normale.

Observation 32.

Mme P..., 33 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : En 1936, forceps très dur, délivrance artificielle, phlébite consécutive.

Examens. 1-4-38 : OI GA. amorcée.

Accouchement. 20-4-38 : 12 h. : peu de douleurs, dilatation de 5 cm.

C. H. — La malade réagit peu à l'hypophyse.

12 h. 5 : dilatation complète.

12 h. 15 : accouchement terminé avec expression assez forte.

12 h. 25 : délivrance normale.

Observation 33.

Mme D..., 37 ans, IV^e pare, à terme.

Antécédents : normaux.

Examens. 1-4-38 : OI GA. H. U. = 29.

Accouchement. 21-4-38. 1 h. : col à 6 cm., rupture de la poche,

C. H.

1 h. 10 : accouchement terminé.

1 h. 15 : délivrance normale.

Observation 34.

Mme G..., 27 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : premier accouchement terminé par forceps en 1934.

Examens. 7-4-38 : SIGA., H. U. = 33 cm.

Accouchement. 22-4-38. 5 h. : douleurs légères, dilatation permanente de 3 cm.

10 h. : col à 5 cm., souffre peu, rupture de la poche.

10 h. 30 : dilatation presque complète, **C. H.**, le siège complet sort et on fait un Mauriceau.

10 h. 45 : accouchement terminé.

10 h. 55 : délivrance normale.

Observation 35.

Mme Q..., 21 ans, I^{er} pare, à 8 mois 1/2.

Examens. 14-4-38 : OIGA., H. U. = 31 cm.

Accouchement. 22-4-38. 16 h. : douleurs moyennes, dilatation presque complète, rupture de la poche, **C. H.**

16 h. 15 : accouchement terminé malgré un peu de résistance de l'orifice vulvaire.

16 h. 25 : délivrance normale.

Observation 36.

Mme M..., 22 ans, I^{er} pare, à terme.

Examens. 1-4-38 : OIGT., H. U. : 28 cm.

Accouchement. 23-4-38. 14 h. : dilatation complète, rupture de la poche, **C. H.**

14 h. 15 : accouchement terminé.

14 h. 25 : délivrance normale.

Observation 37.

Mme C..., 26 ans, 1^{er} pare, à terme.

Examens. 19-3-38 : femme un peu grosse, OIGT., promontoire à 11 cm. 5.

9-4-38 : présentation transversale, tête à droite.

Accouchement. 24-4-38 : présentation de l'épaule droite.

9 h. 30 : dilatation complète, on procède à une version par manœuvres internes; un enfant petit nécessite néanmoins une épiziotomie.

Observation 38.

Mme Le B..., 20 ans, 1^{er} pare, à terme.

Antécédents : tumeur blanche du genou gauche à 4 ans.

Examens. 2-2-38 : bassin un peu aplati du côté gauche.

31-3-38 : SIDT, H. U. = 30; échec de l'essai de version.

Accouchement. 24-4-38 : début des douleurs dans la nuit du 23 au 24.

9 h. : col à 4 cm.

14 h. : col à 6 cm., col souple, douleurs assez fortes; la dilatation se complète et on fait l'extraction du siège.

14 h. 45 : accouchement terminé.

15 h. : délivrance normale après laquelle une hémorragie forte semble due à une déchirure du col à gauche; sérum I.V., hypophyse et rapprochement des jambes en viennent à bout.

Observation 39.

Mme R..., 24 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : En 1936, un siège difficile, extraction, déchirure, phlébite double, 5 mois au lit.

Examens. 23-12-37 : menace de perte enrayée.

2-4-38 : OIGP. amorcée, H. U. = 30 cm.

Accouchement. 25-4-38. 9 h. : rentre en clinique à dilatation presque complète. Rupture de la poche et **C. H.**

9 h. 25 : accouchement terminé. Les épaules ont un peu déchiré le col sur l'ancienne cicatrice.

9 h. 35 : délivrance normale.

Observation 40.

Mme C..., 33 ans, II^e pare, à termé.

Antécédents : en avril 1933 : un siège normal.

Examens. 24-3-38 : femme obèse, OIGA.

Accouchement. 25-4-38. 13 h. : très faibles douleurs, col dur à 2 cm.

19 h. : col à 3 cm., douleurs très fortes, **C. H.**

19 h. 15 : accouchement terminé.

19 h. 20 : délivrance normale.

Observation 41.

Mme B..., 27 ans, II^e pare, à 8 mois et demi.

Antécédents : premier accouchement normal.

Examens : 15-4-38 : SIGT., essai de version, échec.

Accouchement. 25-4-38. 19 h. : début du travail, poche rompue depuis la nuit précédente.

21 h. : dilatation presque complète, extraction facile.

Observation 42.

Mme R..., 20 ans, I^{er} pare, à terme.

Examens. 4-3-38 : grippée et tousses depuis 3 semaines, adénite sous maxillaire gauche, rien de net aux poumons (gouttes nican, iode).

30-3-38 : OIGT. amorcée, H. U. = 32 cm.

Accouchement. 25-4-38. 22 h. : douleurs très légères, une piqûre de morphine-atropine.

9 h. : col à 2 cm., petites douleurs, on rompt la poche.

12 h. : douleurs fortes, travail stationnaire. On fait une piqûre de morphine-atropine avec 8 unités d'hypophyse.

13 h. 30 : dilatation de 5 cm., **C. H.**

13 h. 40 : accouchement terminé.

13 h. 50 : délivrance normale.

Observation 43.

Mme A..., 35 ans, III^e pare, à terme.

Antécédents. Premier : terminé par forceps. Puis une perte de 4 mois.

Deuxième : normal en février 1933.

Examens. 1-4-38 : OIGT.

Accouchement. 27-4-38. 7 h. : douleurs très légères, col à 6 cm..

C. H.

7 h. 10 : accouchement terminé.

7 h. 15 : délivrance normale.

Observation 44.

Mme N..., 23 ans, I^{er} pare, à terme.

Examens. 30-3-38 : OIGA, H. U. = 32 cm. (beaucoup d'eau).

Accouchement. 28-4-38. 0 h. : col à 1 cm., on donne du laudanum.

2 h. : réveillée par de très fortes douleurs, on trouve une dilatation complète, **C. H.**

2 h. 15 : accouchement terminé.

2 h. 20 : délivrance normale.

Observation 45.

Mme P..., 22 ans, I^{er} pare, à terme.

Examens. 10-2-38 : beaucoup de pertes blanches depuis longtemps.

H. U. = 24 cm.

1-3-38 : dans l'urine : pus assez abondant, albumine : 0,08.

H. U. = 27 cm., OIGA.

Accouchement. 28-4-38 : 9 h. : douleurs moyennes, col à 3 cm., morphine-atropine.

11 h. : douleurs assez fortes, col à 4 cm., **C. H.**

11 h. 10 : pousse mal, on ajoute 18 unités d'hypophyse (total : 30).

11 h. 30 : dilatation complète.

11 h. 50 : accouchement terminé.

12 h. : délivrance normale.

Observation 46.

Mme R..., 21 ans, 1^{er} pare, à 7 mois et demi.

Examens. 13-4-38 : OIGT., H. U. = 27 cm.

Accouchement. 28-4-38 : 17 h. : début de dilatation (souffre depuis la veille), OIGT. non engagée, morphine-atropine.

21 h. : dilatation presque complète mais la présentation ne s'engage pas. Rupture de la poche, la tête ne descend pas, version par manœuvres internes. Enfant chétif qui meurt aussitôt.

Observation 47.

Mme B..., 25 ans, 1^{er} pare, à terme.

Examens. 17-3-38 : OIGT. non engagée, H. U. = 27 cm.

Accouchement. 1-5-38. 15 h. : dilatation à peine commencée, morphine-atropine.

21 h. : col à 4 cm., assez souple, présentation haute néanmoins **C. H.**

21 h. 40 : accouchement terminé. L'enfant a respiré des mucosités, on le ranime par insufflation en 10 minutes.

21 h. 55 : délivrance normale.

Observation 48.

Mme F..., 22 ans, 1^{er} pare, à terme.

Examens. 26-3-38 : OIGT., H. U. = 31.

Accouchement. 4-5-38. 21 h. : souffre depuis le matin, col à 3 cm., morphine-atropine.

5-5-38. 4 h. 30 : tête à la vulve. anesthésie seule.

4 h. 40 : accouchement terminé.

5 h. : délivrance normale.

Observation 49.

Mme L..., 27 ans, II^e pare, à 8 mois.

Antécédents : premier normal, en 1935.

Examens. 27-4-38 : douleurs, dilatation permanente à 4 cm., repos au lit et laudanum.

4-5-38 : dilatation plus avancée, pas de douleurs, OIGA.

Accouchement. 5-5-38. 5 h. $\frac{1}{2}$ douleurs, col à 5 cm., rupture de la poche et **C. H.**

5 h. 20 : accouchement terminé.

5 h. 30 : délivrance normale.

Observation 50.

Mme C..., 25 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : premier normal en 1936.

Examens. 29-3-38 : OI DP.

Accouchement. 6-5-38. 8 h. : premières douleurs.

11 h. : douleurs franches, col à 5 cm., **C. H.**

11 h. 15 : accouchement terminé.

11 h. 25 : délivrance normale.

II. Quelques observations personnelles typiques ou particulières.

Observation 51.

(1^{re} observation typique de multipare).

Mme F..., 28 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents : premier normal en 1935.

Examens. 15-5-38 : OIGA., léger hydramnios.

Accouchement. 18-7-38. 5 h. : rentre à la clinique, col souple à 5 cm. et très dilatable, rupture de la poche et **C. H.**

5 h. 15 : accouchement terminé.

5 h. 25 : délivrance normale.

Observation 52.

(2^e observation typique de multipare).

Mme R..., 26 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents. Premier enfant assez volumineux, une déchirure importante.

Examens : OIGA.

Accouchement. 20-9-38. 15 h. : peu de douleurs (la femme se promène), col à 2 cm.

16 h. : col à 3 cm. excessivement dilatable, **C. H.**

16 h. 10 : dilatation terminée.

16 h. 15 : accouchement terminé.

16 h. 25 : délivrance normale.

Observation 53.

(Observation typique de primipare).

Mme L..., 30 ans, 1^{er} pare, à terme.

Examens : OI DP. amorcée, H. U. = 29 cm.

Accouchement. 13-8-38. 1 h. : début de très faibles douleurs.

9 h. : douleurs faibles mais bien rythmées, col à 4 cm., morphine-atropine.

11 h. : col à 5 cm. et plus souple, **C. H.**

11 h. 20 : accouchement terminé.

11 h. 30 : délivrance normale.

Observation 54.

(Observation de siège chez une primipare).

Mme M..., 28 ans, primipare, à terme.

Examens : SIGA.

Accouchement. 15-9-38. 2 h. : début des douleurs.

6 h. : fortes douleurs, morphine-atropine ne calme pas, mais alors le travail avance très vite.

9 h. : dilatation complète, siège complet descendu, **C. H.**

9 h. 20 : accouchement terminé après épisiotomie préventive et manœuvre de Mauriceau.

9 h. 30 : délivrance normale.

Observation 55.

(Observation d'un mauvais sommeil cependant mené à bonne fin.)

Mme G..., 26 ans, II^e pare, à terme.

Antécédents. 1^{er} accouchement terminé par forceps, enfant de 10 livres (?).

Examens : OI AG. amorcée, H. U. = 32 cm.

Accouchement. 21-4-38. 5 h. : peu de douleurs, col à 5 francs.

10 h. : travail stationnaire, on rompt la poche des eaux.

10 h. 5 : dilatation à petite paume, **C. H.**

Sommeil agité, la malade déraisonne et ne pousse pas parce qu'elle a la bouche ouverte, on doit s'aider d'expression.
10 h. 25 : accouchement terminé, enfant de 9 livres.
10 h. 35 : délivrance normale.

Observation 56.

(Observation d'hypophyso-résistance).

Mme D..., 30 ans, III^e pare, à terme.

Antécédents : deux premiers accouchements assez difficiles.

Examens : OIGA.

Accouchement. 19-4-38. 12 h. 15 : souffre peu, col à 5 cm., début de l'anesthésie au chloro-kélène et 15 unités d'hypophyse.

12 h. 20 : aucune contraction (la malade ne réagit pas à l'hypophyse), on renouvelle avec 25 unités d'hypophyse (total 40 unités).

12 h. 35 : accouchement terminé en s'aidant d'expression car les contractions obtenues n'étaient pas encore suffisantes.

12 h. 45 : délivrance normale.

CHAPITRE IX

OPINIONS ET RÉSULTATS DE MÉDECINS AYANT ESSAYÉ NOTRE PROCÉDÉ

I. Opinion et résultats du D^r Garnier (Brest).

Le D^r Garnier pratique la méthode depuis un an et demi. Il l'a employée environ 300 fois. Pour plus de précision, il nous a communiqué le détail suivant portant sur 193 cas consécutifs de clientèle faits au cours d'une année.

Sur 193 cas :

23 fois le procédé n'a pas été appliqué :

9 sièges, 4 fronts, 1 épaule, 1 hydrocéphale,

11 rétrécissements du détroit supérieur.

7 fois on a employé l'anesthésie seule parce que la tête était déjà à la vulve (le procédé aurait pu être employé).

160 fois on a employé le procédé :

88 primipares (dont 1 gémellaire).

50 succès complets;

38 forceps;

1/3 pour expulsion lente;

2/3 pour défaut de rotation (gros enfant ou dystocie osseuse légère);

- 1 cas d'endométrite légère;

- aucun décès d'enfant;

- délivrances toutes normales.

72 multipares (dont 1 gémellaire).

65 succès complets;

7 forceps :

1 gros enfant;

6 présentations postérieures.

— aucun ennui du côté maternel;

— 1 délivrance artificielle (V^e pare chez qui elle fut nécessaire à chaque accouchement);

— 1 décès d'enfant le lendemain (débilité).

Au total, le procédé n'a pas pu être appliqué dans 26 cas sur 193, ce qui n'est pas extraordinaire, nous a dit le Dr Garnier, car il s'agit d'une clientèle de Bretagne où selon lui les rétrécissements du bassin sont plus fréquents.

Et le Dr Garnier conclut :

« La méthode Delalande n'est pas une manœuvre obstétricale, mais un simple procédé pour diminuer la durée de l'accouchement et en supprimer les douleurs. Son innocuité semble complète dans les mains d'accoucheurs expérimentés. Les cas cités dans ma statistique, volontairement limitée, montrent à peu près toutes les contre indications. »

II. Opinion et résultats du Dr Courtois (Saint-Germain-en-Laye).

Nous avons demandé au Dr Courtois, qui applique notre méthode depuis mars 1937, ce qu'il en pensait et ses résultats.

Il nous a répondu (20 septembre 1938) :

« J'ai atteint, depuis mars 1937, en pratique personnelle privée, 410 cas ; mes amis et élèves doivent en réunir une centaine, soit à nous tous plus de 500 sans aucun accident.

» J'estime ce procédé applicable dans 90 à 95 % des accouchements globaux. »

Le Dr Courtois doit d'ailleurs publier incessamment (*Journal des Praticiens de Paris*) un article où il expose notre technique et ses résultats à propos de ses 257 premiers cas. Il nous a aimablement adressé un exemplaire de cette communication ; nous l'en remercions bien sincèrement. Nous y avons noté une petite modification à notre technique : il prolonge l'anesthésie jusqu'à la délivrance pour ne pas « s'exposer à la rétraction utérine ». Nous n'avons jamais fait cela et l'écueil redouté ne nous est jamais apparu dans la pratique. Nous pensons que les

douleurs de la délivrance, déjà atténuées par un petit résidu de l'anesthésie, ne valent pas une prolongation de dix minutes d'anesthésie. Nous n'y voyons cependant aucun inconvénient.

Sans insister davantage sur les opinions du D^r Courtois puisqu'elles doivent être publiées sous son nom, nous nous permettrons cependant de reproduire ici la conclusion de son article : « On peut dire que cette méthode constitue une assurance contre les hémorragies de la délivrance et les shocks obstétricaux, tels que nous en observions naguère plusieurs fois par mois : depuis plus d'un an nous n'en avons relevé aucun cas.

» Ni l'ocytocique, ni l'anesthésique, et ce dernier pas plus chez la mère que chez l'enfant, n'ont donné lieu au plus léger incident. »

III. Opinion et résultats du D^r Dalger (Toulon).

Le D^r Dalger ne fait que les accouchements de sa clientèle de médecine générale. Il n'emploie notre procédé que lorsqu'il peut avoir une infirmière sachant donner l'anesthésie.

Sous cette condition nous écrit-il :

« Je l'emploie toujours et j'en suis très satisfait. La méthode m'a donné toute satisfaction, non seulement au point de vue douleur, mais au point de vue régularité du travail et rapidité... aucun accident ni chez la mère, ni chez l'enfant.., aucun accident d'anesthésie (toujours assez courte : de 15 à 35 minutes). »

Depuis 1933, le D^r Dalger a eu l'occasion d'appliquer notre méthode dans 86 cas, dont 43 chez des primipares.

IV. Opinion et résultats du D^r Regner (Calais).

Le D^r Regner est chirurgien à Calais et reçoit comme tel les accouchements qui s'annoncent mal,

Depuis mars 1938 il a appliqué notre procédé 19 fois avec succès.

« Pas de rupture périnéale,

» Les suites de couches ont été remarquablement apyrétiques.

» Aucune hémorragie.

» Les accouchements ont duré en moyenne un quart d'heure, en intervenant assez fréquemment sur les « centres de poussée ».

Cependant, le Dr Regner craint la divulgation de ce procédé. Il est enchanté de ses premiers essais et compte fermement poursuivre dans cette voie, mais il craint de voir la méthode entre les mains de n'importe qui. Le Dr Regner conclut même qu'il n'envisage pas de le pratiquer en dehors de sa salle d'opération.

V. Aperçu d'ensemble sur les résultats globaux de la méthode entre différentes mains.

Cette méthode peut-elle être conseillée à tout médecin praticien ? Nous ne le pensons pas, d'accord en cela avec les autres médecins qui pratiquent notre méthode. L'innocuité de notre procédé est conditionnée par l'expérience obstétricale préalable du médecin.

Pratiquer cette méthode dans les cas favorables est à la portée de tout le monde ; le point délicat est de savoir discerner les contre-indications, même légères, afin de s'abstenir ou tout au moins d'agir avec prudence. C'est pourquoi nous conseillerons de ne la laisser manier que par des accoucheurs ou, tout au moins, par des médecins praticiens ayant déjà une expérience obstétricale solide.

Nous recommanderons, en outre, à ceux qui voudront l'expérimenter, de commencer par des multipares à une dilatation assez avancée ; ainsi familiarisés avec la

méthode, ils pourront très vite en élargir les applications jusqu'aux limites maxima.

Sous ces conditions, nous avons la satisfaction de pouvoir présenter, en garantie de l'efficacité et de l'innocuité de notre méthode, une expérience de :

5.000 cas du D^r A. Delalande (Brest) en 15 ans.

500 cas du D^r Courtois et de ses collaborateurs (Saint-Germain-en-Laye) en un an et demi.

300 cas du D^r Garnier (Brest) en un an et demi.

86 cas du D^r Dalger (Toulon) depuis 1933.

19 cas du D^r Regner (Calais) en 7 mois.

tous sans aucun accident imputable à la méthode, et avec des résultats donnant toute satisfaction, tant aux malades qu'aux médecins.

Nous n'avons pas connaissance qu'aucun autre procédé ait été essayé avec le même succès sur une aussi vaste échelle.

Nous n'aurons pas cependant l'audace de prétendre que notre méthode représente un summum que rien ne pourra surpasser. Chaque jour, des découvertes nouvelles viennent tout bouleverser ; peut-être demain nous apportera-t-il un anesthésique nouveau, encore plus maniable que le chloro-kélène, et un ocytocique autre que l'hypophyse.

CONCLUSIONS

I. Le procédé André Delalande (chloro-kélène et lobe postérieur d'hypophyse) est applicable, en moyenne, dans 90 % des accouchements.

II. On doit le réserver aux accouchements ne montrant aucune dystocie, pas d'hypertonie, et presque exclusivement aux présentations du sommet.

III. Il supprime totalement les douleurs (sauf celles du début du travail) et il accélère l'accouchement.

IV. Il est facile à appliquer : aucun aide ni appareil spéciaux ne sont nécessaires.

V. L'emploi du forceps s'en trouve plutôt diminué.

— Les déchirures périnéales sont plus rares que normalement.

— La délivrance se fait plus vite.

— La délivrance artificielle est encore plus rarement nécessaire que normalement.

— Les hémorragies de la délivrance sont aussi plus rares.

VI. L'enfant ne souffre à aucun point de vue de notre procédé.

VII. La morbidité des suites de couches est diminuée.

VIII. Entre des mains expérimentées il n'a jusqu'ici donné aucun accident. Il semble cependant qu'il doive être réservé à des accoucheurs qualifiés.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. PÉRY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 26 octobre 1938
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur, le Doyen délégué,
A. FERRADOU.

BIBLIOGRAPHIE

Nota. — Nous avons suivi l'ordre chronologique des publications.

1882. **Dutertre.** — *Le chloroforme dans l'accouchement normal*. Thèse d'agrégation, 1882.
1902. **Le Page** et **Le Lorier.** — *Gazette hebdomadaire chirurgicale et médicale*, Paris, 1902.
1904. **Aurenche.** — Thèse de Lyon, 1904 (chlorure d'éthyle).
1914. **Beruti.** — « Chloroforme à la Reine », *L'Obstétrique*, 1914.
1918. **Wakefield.** — « Painless Childbirth », *Amer. J. of obst.*, 1918, tome I.
1919. **Blacker.** — « Twilight Sleep », *Lancet*, 1.430, 1919.
Stein (Arthur). — « De l'emploi de petites doses de pituitrine pour amener le travail à terme, associées à l'anesthésie au protoxyde d'azote », *Amer. J. of obst.*, New-York, oct. 1919, p. 470.
Schwarz (H.). — « Painless Childbirth », *Amer. J. of obst.*, 1919, tome I.
Winch. — « Twilight sleep in general practice », *Lancet*, CXCVII 1919.
1920. **Cuzzi.** — « L'accouchement sans douleur », *Presse médicale*, 1920.
1921. **Guillonet.** — Thèse de Paris, 1921.
Cathala. — « Critique des différents modes d'anesthésie », *Revue française de Gyn. et Obst.*, décembre 1921.
1923. **Rapin.** — Congrès de Genève, 1923 (chlorure d'éthyle), in *Gyn. et obst.*, août 1923.
Rivière. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux (chloroforme), nov. 1923.

- Schickelé.** — *L'anesthésie en obstétrique*. Congrès de Genève, 1923.
- Cerné.** — *Hypnotiques uréiques et analgésie obstétricale*, thèse de Paris, 1923.
- Rail'lon.** — *Analgésie obstétricale par l'hémipnal*, thèse de Lyon, 1923.
- Rapin.** — *L'accouchement sans douleur*. Congrès de Genève, 1923.
1924. **Delmas.** — « L'accouchement indolore », *Bull. Soc. obst. et gyn. de Montpellier*, n° 5, 1924.
- Dujol et Clément.** — « L'anesthésie obstétricale par le somnifène », *Bull. soc. obst.*, Lyon, 1924, n° 6.
1925. **Febres** (Enrique). — « Métro-anesthésie en obstétrique et gynécologie par injections dans les ganglions de Frankenhauser », *Bull. Soc. obst.*, Paris, 1925, n° 10.
1926. **Sanford.** — « The effect of gas anesthesie made in labour », *Journal american medical assoc.*, 1926.
- Funck-Brentano.** — « De l'anesthésie obstétricale et en particulier de l'action du chloroforme associée à celle de l'hypophyse », *Paris Médical*, 19 juin 1926.
1927. **Laflleur.** — *L'analgesie pendant l'accouchement*, thèse de Bordeaux, 1927.
- Stany et Risacher.** — « L'anesthésie en obstétrique », *Pratique m'd. française*, mai 1927.
1928. **Ostral.** — « Raccourcissement de l'accouchement normal », *Gyn. et Obst.*, 1928.
- Didier.** — « La question de l'accouchement indolore », *Pratique médicale française*, juillet 1928.
- Lamoril.** — « L'anesthésie obstétricale par l'hémipnal injectable VIII », *Journal sciences médicales*, Lille, 1928.
- Daléas.** — « L'anesthésie épidurale en obstétrique », *Gyn. et obst.*, juillet 1928.
1929. **Couinaud.** — « L'accouchement sans douleur », *J. M. fr.*, août 1929.
- Dutrieux.** — « Anesthésie et analgésie en obstétrique », *J. M. fr.*, 1929.
- Chavent.** — *Contribution à l'étude de la rachianesthésie dans la pratique obstétricale*, thèse, Lyon, 1929.

- Hauch.** — « Quelques expériences sur le numal dans la narcose obstétricale », *Gyn. et obst.*, 1929.
- Henry et Jaur.** — « De l'anesthésie épidurale en obstétrique », *Gyn. et obst.*, 1929.
1930. **Andor** (Roma). — « Die no narkose und ihre Technik », *Zent. fur Gyn.*, 1930.
- Kapel** (Otto). — « Expériences cliniques sur l'anesthésie obstétricale par un dérivé barbiturique associé au pantopon synthétique », *Gyn. et Obst.*, 1930.
- Le Lorier et Toeret.** — « L'anesthésie obstétricale », *Bull. soc. obst. et gyn.*, Paris, 1930.
- Aburel.** — « Sur les douleurs de 14 accouchements et sur un nouveau procédé d'analgésie obstétricale », *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1930, n° 2.
- « L'anesthésie du plexus lombo-aortique en obstétrique », *Bull. soc. obst. et gyn.*, Paris, 1930, n° 9.
1931. **Aburel.** — « L'anesthésie locale prolongée en obstétrique », *Bull. soc. obst. et gyn.*, Paris, 1931, n° 1.
- Choquart** (M. T.). — *De l'extrait hypophysaire ocytotique et en particulier de l'association de la pituitrine et de l'anesthésie au chloro-kélène au cours de l'accouchement normal*, thèse de Paris, 1931.
- Keller.** — *Essais sur l'accouchement sans douleur*. Congrès de Gyn. et obst. de Bordeaux, 1931.
1932. **Delalande** (André). — « De l'accouchement normal indolore et accéléré », *Bull. soc. obst.*, Paris, 1932, n° 3, p. 157.
- Schwann.** — « Anesthésie par le pernocton », *Zent. f. gyn.*, 1932.
1934. **Balard et Mahon.** — « L'anesthésie en obstétrique », *Encyclopédie médico-chirurgicale : Obstétrique*, t. II, 1934.
1937. **Devraigne** (L.). — « De l'hormone post-hypophysaire en obstétrique », *Journées médicales internationales de Paris*, 1937 (J. B. Baillière et Fils).
- Armand** (Maurice). — « Accouchement rapide sans douleur sous anesthésie à l'évipan sodique », *Gazette médicale de France*, 1^{er} février 1937.

1938. **Aburel**. — « Accouchement sans douleur (rachianesthésie au chlorhydrate de diéthylène diamide de l'acide de butyloxy-cinchoninique) », *Bull. soc. gyn. et obst.*, Paris, mai 1938.

Courtois (J.) et **Balazuc** (J.). — « L'accouchement indolore et accéléré par la méthode Delalande. A propos de 257 cas personnels », *Journal des praticiens de Paris* : doit paraître en oct. ou nov. 1938.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Chapitre premier.</i> — Introduction	11
<i>Chapitre II.</i> — Historique.....	13
<i>Chapitre III.</i> — Principe général de la méthode.....	15
<i>Chapitre IV.</i> — Conditions requises et contre-indications....	18
I. Conditions requises	18
II. Contre-indications	18
III. A propos de cas particuliers.....	19
<i>Chapitre V.</i> — Technique.....	22
I. Matériel nécessaire.....	22
II. Technique proprement dite.. ..	22
A. Chez les multipares.....	23
B. Chez les primipares.....	26
III. Remarques valables pour multipares et primipares	28
<i>Chapitre VI.</i> — Echecs.....	32
<i>Chapitre VII.</i> — Résultats.....	35
<i>Chapitre VIII.</i> — Observations.....	38
<i>Chapitre IX.</i> — Opinions et résultats de médecins ayant pra- tiqué notre méthode	57
I. Docteur Garnier (Brest).....	57
II. Docteur Courtois (Saint-Germain-en-Laye).....	58
III. Docteur Dalger (Toulon)	59
IV. Docteur Regner (Calais)	59
V. Aperçu d'ensemble sur les résultats de la méthode entre différentes mains	60
<i>Conclusions</i>	63
<i>Bibliographie</i>	65

Imp. BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1938.
